

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

888

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Étienne-Louis RABOURDIN

Né à Soissons (Aisne), le 2 Août 1910

L'APPENDICITE HERNIAIRE INGUINALE

ÉTUDE CLINIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Président : M. A. GOSSET, *Professeur*

PARIS

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

23, Rue du Cherche-Midi, 23

1935

L'APPENDICITE HERNIAIRE INGUINALE

ETUDE CLINIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Étienne-Louis RABOURDIN

Né à Soissons (Aisne), le 2 Août 1910

L'APPENDICITE HERNIAIRE INGUINALE

ÉTUDE CLINIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Président : M. A. GOSSET, *Professeur*

PARIS

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

23, Rue du Cherche-Midi, 23

1935

LE DOYEN : M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD Henri. . Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne Pathologie médicale.
 BEZANÇON (Justin) . Hydrologie.
 BOULIN , . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD. . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 FEY. Urologie.
 GAILLARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. . . . Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale.
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale .
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH. . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.

MM.

LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE . .		BROCQ.	
AUBERTIN		CADENAT. . . .	
BRULÉ.		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER. . .	
CHIRAY		MOURE.	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.		SCHWARTZ. . . .	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Éducation physique.
	FREY	Stomatologie.
	LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
	WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR LOUIS RABOURDIN

— AU PROFESSEUR GOSSET

Qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

AU DOCTEUR GEORGES BACHY

Dont j'ai eu tant de joie à suivre les conseils.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A TOUS CEUX, SCOUTS OU NON
QUI M'ONT AIDÉ A COMPRENDRE
QUE LE PREMIER DEVOIR DU MÉDECIN EST
“ SERVIR ”

INTRODUCTION

La coexistence fréquente de l'appendicite et de la hernie inguinale droite est une notion évidente qui a du reste justifié depuis longtemps une littérature abondante et fort intéressante tant comme thèses que comme articles originaux

C'est donc un sujet qui n'est pas nouveau et l'on pourrait croire que tout a été dit à ce propos Néanmoins nous ne le pensons pas. Bien au contraire, estimons-nous que nous pouvons pour notre part apporter une contribution qui nous paraît intéressante sur différents points de cette question que nous ne voulons pas croire épuisée par tous ceux qui nous ont précédé.

Depuis le début de nos études médicales, nous avons eu notre attention attirée sur les hernies appendiculaires. En effet, lors de notre stage à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, nous nous souvenons que le Professeur Gosset nous en avait signalé la fréquence relative, à l'occasion d'une intervention qu'il pratiquait devant nous, et qu'il nous avait priés de nous reporter à l'article qu'il avait fait paraître dans le Bulletin de la Société de Chirurgie en 1910, tant pour l'intérêt de l'affection que pour les diverses techniques opératoires qu'elle nécessitait.

Tout ceci nous est revenu en mémoire lors d'un séjour que nous faisons dans notre famille à Saint-Quentin. En effet, invité par le chirurgien-chef de l'hôpital à l'aller voir dans son service, nous nous y étions rendu et ce jour-là, précisément, faisant une appendicectomie au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite, il nous dit que cela arrivait assez fréquemment. La conversation continua sur ce sujet, et nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de tirer des observations qu'il avait recueillies et de les utiliser pour un article, voire même pour une thèse. C'est ce que nous avons fait, et c'est le résultat de ce travail que nous présentons ici.

Ces observations, je le répète, n'ont pas été prises simplement au cours d'une période de quelques mois; elles sont au contraire le fruit d'une pratique chirurgicale étendue; nous ne publierons que celles qui nous paraissent les plus aptes à illustrer notre œuvre. Elles ont pour une grande partie trait à des agents de la Compagnie du Chemin de fer du Nord pour qui Saint-Quentin est précisément un centre médico-chirurgical important. Qu'il nous soit permis à cette occasion de remercier M. le Docteur Rivet, médecin de l'hôpital Lariboisière qui, en sa qualité de chef du service médical du réseau a bien voulu nous autoriser à faire état des renseignements que nous fournissent les livrets médicaux des agents.

Indiscutablement avec une telle œuvre d'observations à notre disposition, il nous était aisé de nous mettre à l'ouvrage et nous le pouvions d'autant plus commodément que les opérés d'un hôpital de province sont beaucoup plus faciles à revoir que ceux des hôpitaux

de Paris, et qu'il nous était de la sorte loisible de fournir des conclusions plus exactes puisque basées sur des observations plus complètes, les malades ayant été suivis jusqu'à présent.

Nous avons pu également utiliser les observations que le Docteur Desplas, chirurgien de la Maison de santé des Gardiens de la Paix a bien voulu nous fournir. Nous l'en remercions vivement.

Certain que notre sujet intéresserait le Professeur Gosset qui l'avait déjà traité lui-même, nous lui avons fait part de nos intentions, en lui demandant d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous le remercions beaucoup de l'accueil qu'il nous a réservé et des conseils qu'il a bien voulu nous donner, nous permettant ainsi de mener à bien notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'appendice herniaire est une affection que l'on rencontre sinon couramment, tout au moins assez fréquemment et ainsi que le rappelle Jacquemin dans sa thèse de 1905, elle est déjà signalée par Hénin, professeur de chirurgie, en 1785, dans son cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales. Scarpa lui-même en parle dans son traité des hernies (1812) et une nombreuse littérature traite ce sujet.

C'est qu'en effet la coexistence de ces deux affections, hernie inguinale droite et appendicite, est une notion clinique certaine, soit que l'appendicite ait été seulement découverte lors de l'opération, soit que plus rarement on l'ait diagnostiquée auparavant. Dans ces deux ordres de cas, le tableau peut fort bien revêtir une allure aiguë, la péritonite appendiculaire herniaire, dans laquelle il est assez malaisé de faire la part de chacune des deux affections, mais dont il est néanmoins possible de faire le diagnostic avant l'intervention, quoique ce ne soit pas la règle.

Il est une troisième possibilité qui, pour être la plus rare sans doute, n'est pas la moins intéressante, car c'est elle qui illustre le plus fortement cette théorie que

l'appendicite peut être la cause des accidents que l'on rapporte ordinairement à la hernie ; je veux parler des cas où le chirurgien a dû procéder à une nouvelle intervention sur un malade à qui avait été faite auparavant la cure radicale de hernie, les troubles dont se plaignait le malade ayant persisté après l'opération et ne cessant qu'après l'appendicectomie.

C'est ce qui explique que depuis Hénin et Scarpa l'on trouve d'assez nombreux articles originaux et plusieurs thèses traitant des hernies appendiculaires. En outre, tous les traités de pathologie chirurgicale modernes les signalent.

Il ne nous paraît pas utile de les citer tous ici, nous contentant au contraire de signaler les plus importants.

En premier lieu nous avons l'article du professeur Gosset publié en 1910 dans le Journal de chirurgie. Dans cet article, le professeur Gosset montre la nécessité de l'ablation de l'appendice dans les hernies chaque fois que cela est possible et il expose très clairement les différents procédés opératoires. Nous aurons l'occasion d'y revenir longuement lorsque nous traiterons de l'intervention.

Avant lui, Francis Jacquemin, en 1905, avait fait en thèse une étude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale et montrait que, si la présence de l'appendicite dans les hernies est une notion ancienne, le plus souvent on ne connaissait pas le rôle spécial que peut jouer l'appendice hernié enflammé.

Il déclare tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de séparer l'étranglement appendiculaire de l'appendicite herniaire, estimant que sauf quelques rares cas, il ne s'agit point d'étranglement véritable de l'appendice hernié

et que si cet organe a été si souvent trouvé gangréné dans les cas de ce genre, sa mortification est due à un processus analogue à celui qui la détermine quand l'appendice occupe sa place habituelle.

Il constate que dans une hernie, l'inflammation de l'appendice présente les mêmes formes cliniques que dans l'abdomen : elle peut être chronique ou aiguë, légère, à répétition, s'accompagner de péritonite adhésive ou suppurée (péritonite herniaire) même de péritonite généralisée.

Il étudie donc, en insistant sur les caractères cliniques qui permettent de dépister l'appendicite herniaire et de la différencier des affections qu'elle simule, les formes cliniques suivantes classées selon leur ordre de fréquence et d'importance :

Epiploïte herniaire, que l'on rencontre dans les deux tiers des cas,

Phlegmon herniaire suivi quelquefois de trajets fistuleux entéroccèle étranglée,

Hernie simple réductible ou irréductible,

Hernie à crise douloureuses intermittentes.

Il conclut en disant que les quelques particularités cliniques qu'elle offre permettront parfois de soupçonner le diagnostic d'appendicite herniaire sans qu'il soit d'ailleurs possible de l'affirmer et que le pronostic, très sombre alors qu'on pratiquait le taxis et la temporisation, s'est beaucoup amélioré depuis que l'intervention précoce est de règle.

ESNOULT, pour sa part, énonce les conclusions suivantes (1909) :

1° La présence de l'appendice n'est pas une rareté et

quand une hernie présente certains symptômes spéciaux, il faudra y penser ;

2° L'appendice peut rester dans une hernie sans y provoquer d'accidents, c'est la simple hernie de l'appendicite, il peut s'enflammer dans le sac, c'est l'appendicite herniaire, il peut s'étrangler dans le sac, c'est l'étranglement appendiculaire ;

3° L'appendicite herniaire peut revêtir trois formes :

- a) Appendicite herniaire aiguë,
- b) Appendicite herniaire phlegmoneux,
- c) Appendicite herniaire chronique.

4° Le pronostic, grave alors que l'on pratiquait le taxis, s'est amélioré depuis que l'intervention précoce est de règle.

5° Quand, dans une cure radicale de hernie, on trouve l'appendice, il faut l'enlever, car du fait de sa tendance à la ptose cet appendice est plus sujet qu'un autre à être malade.

DAUTHEUIL de son côté (1914), déclare en conclusion de sa thèse :

I. a) Une hernie inguinale ne doit pas être douloureuse.

b) Un enfant qui se plaint du ventre quand il a une hernie doit être suspect d'appendicite.

c) C'est le devoir de tout médecin d'examiner systématiquement.

II. Si l'enfant a une ectopie testiculaire, les douleurs de l'appendicite sont toujours attribuées à l'ectopie.

III. On trouve souvent des lésions d'appendicite chronique chez les enfants qui ont présenté des accidents

aigus de hernie inguinale droite diagnostiqués engouement.

IV. L'ablation systématique de l'appendice sain dans la cure radicale de la hernie inguinale droite mérite d'être envisagée.

a) Si l'appendice est dans la hernie, c'est le devoir strict du chirurgien d'en faire l'ablation.

b) Nous sommes portés à préconiser l'ablation systématique de l'appendice sain dans la cure radicale de hernie inguinale droite chez l'enfant.

c) Mais nous la rejetons chez l'adolescent et chez l'adulte.

V. La voie inguinale doit être suivie chez le jeune enfant, mais dans la deuxième enfance et dans l'adolescence, il est préférable d'enlever l'appendice par la voie iliaque et de faire la cure radicale de hernie par les procédés ordinaires.

Enfin MERLIO termine sa thèse (1914) par ces conclusions :

L'appendice herniaire est l'inflammation de l'appendice ileocœcal dans une hernie, qu'il y soit seul ou non.

Il n'y a pas lieu de différencier l'étranglement herniaire de l'appendice de l'affection que nous avons étudiée.

L'appendice herniaire peut apparaître à toutes les périodes de la vie. Elle affecte une prédominance marquée pour l'âge mûr et la vieillesse. Chez l'homme, elle existe presque exclusivement dans les hernies inguinales droites, chez la femme dans les crurales.

La symptomatologie se rapproche beaucoup des dif-

férentes formes d'inflammation des hernies communes, aussi peut-on séparer plusieurs formes cliniques.

Le diagnostic est difficile à faire. Certains caractères (douleurs, vomissements) devront attirer l'attention, ainsi que l'évolution de la maladie. Il sera rarement possible d'affirmer le diagnostic. Le pronostic, depuis la pratique de l'intervention précoce, s'est éclairci.

Le traitement doit consister, même si l'on n'est pas sûr du diagnostic, en une intervention aussi précoce que possible, au cours de laquelle il est indiqué de resequer l'appendice, point de départ des accidents.

CHAPITRE II

FORMES AIGUES

Des cas très fréquents de l'avis de tous sont ceux où l'appendicite herniaire se présente sous une forme aiguë :

soit qu'il s'agisse d'un abcès appendiculaire de la région inguinale,

soit qu'il s'agisse d'une péritonite herniaire d'origine appendiculaire,

soit enfin qu'il s'agisse d'un étranglement du cœco-appendice par le collet de la hernie.

Dans les premiers cas, ainsi que dit Jacquemin :

L'inflammation ne reste pas cantonnée au sac, mais gagne les tissus superficiels; suivant son intensité, elle affecte les allures de l'abcès ou du phlegmon.

La région inguinale devient le siège de douleurs violentes, lancinantes, exaspérées par la pression, les différents contacts, et perd sa souplesse habituelle. Non seulement on y perçoit une tension considérable, mais cette dernière s'accompagne d'une sensation d'empâtement diffus, la peau devient rouge, chaude, douloureuse.

Tantôt l'inflammation se localise, en un point la ré-

gion devient plus saillante, laisse percevoir une fluctuation profonde ; la peau rouge violacée s'amincit, s'ulcère et laisse échapper une certaine quantité de pus fétide, mélangé ou non de gaz, de concrétions stercorales, en même temps que se produit une détente marquée dans tous les phénomènes locaux.

L'état général est peu inquiétant, quelquefois il y a un peu de malaise, de la courbature, quelques troubles digestifs, un peu de fièvre, le pouls est légèrement accéléré, c'est la variété suppurative.

Tantôt l'inflammation est diffuse : rougeur et gonflement n'ont pas de limites distinctes : on peut constater des phlyctènes. A la région inguinale, la tuméfaction envahit tout le scrotum, forme une masse de volume énorme et masque la recherche du testicule et du cordon. La palpation devient extrêmement douloureuse, le malade éprouve une sensation de brûlure excessive dans toute la région. Mauvais état général, la température monte à 39-39°5. Le malade est abattu, agité, en proie à une faiblesse extrême, à l'insomnie. La soif est vive, la langue saburrale, nausées, quelquefois vomissements bilieux, souvent constipation, rarement diarrhée. Bientôt la peau se phacèle en plusieurs endroits et laisse sourdre une certaine quantité de pus d'odeur fétide, stercorale, mêlée à des débris de tissu cellulaire gangrené. Le phacèle s'étend plus ou moins, et peut être très marqué au niveau du scrotum. De vastes décollements se produisent, la région constitue un clapier au milieu duquel il est souvent impossible de reconnaître l'appendice. Cette variété phlegmoneuse est heureusement moins fréquente que la précédente, mais on constate tous les intermédiaires entre les deux.

Dans la péritonite herniaire, le début est le plus souvent brusque, survenant chez un vieux hernieux portant bandage par une violente douleur de l'aîne, cependant que la hernie devient irréductible ou bien l'apparition de la hernie coïncide avec le début de la crise d'appendicite.

La douleur est très intense, susceptible de paroxysmes que certains donnent comme pathognomoniques de l'appendice herniaire, elle ne reste pas localisée au collet du sac, mais s'étend à toute la hernie avec peut-être dominance au collet et irradie peu le plus souvent.

La tuméfaction est en général considérable, assez dure, signe intéressant pour le diagnostic, sans que cela soit constant. Les signes digestifs sont peut-être moins marqués que dans les appendicites ordinaires sans que les auteurs soient d'accord sur ce point. L'état général est peu touché le plus souvent.

Enfin le cœcum et l'appendice peuvent être étranglés par le collet de la hernie. Le début est alors brusque et l'évolution dramatique ; les signes d'étranglement cachent ceux d'appendicite.

Quoi qu'il en soit, par le fait même de leur caractère aigu imposant l'intervention, ces formes ne présentent pour nous qu'un intérêt secondaire.

En effet, il n'a pas été possible, le plus souvent, de poser le diagnostic exact et c'est seulement à l'intervention que l'on a pu découvrir l'appendicite que l'on opère alors à chaud.

Elles présentent cependant un caractère intéressant par le fait qu'elles entraînent parfois une cicatrisation défectueuse par suite précisément de l'appendicectomie

faite à chaud qui peut également provoquer des adhérences persistantes par la suite.

OBSERVATION N° 1. — *Abcès appendiculaire de la région inguinale.*

R. B..., 45 ans. Se plaint de douleurs violentes dans la région inguinale, qui est rouge, chaude, douloureuse, avec sensation d'empâtement diffus. Etat général peu atteint : malaises, courbatures, température : 38°5. On opère d'urgence le 21-10-26. On trouve dans le sac qui tendait à se cloisonner, un appendice suppurant et très enflammé, on agrandit l'incision primitive et on procède à l'appendicectomie. On procède également à la résection du testicule, car il y avait en même temps orchite et les veines du cordon étaient thrombosées. On referme la paroi au catgut en laissant un gros drain dans le haut. La guérison se fait sans à coup. On enlève le drain le 3-11. Le malade quitte l'hôpital le 20, totalement guéri. Nous l'avons revu ; il se porte tout à fait bien. Cependant demeure une légère faiblesse de la paroi en haut.

OBSERVATION N° 2. — *Appendicite herniaire aiguë.*

Abbé G..., 68 ans. Il a toujours été bien portant et a mené toujours une vie très active. Mais depuis quelques mois a présenté à diverses reprises des troubles digestifs aigus, souffrant dans le bas-ventre, ayant des nausées et parfois des vomissements. Diarrhée et constipation alternées. Ces troubles sont attribués à une hernie inguinale droite pour laquelle il porte désormais un bandage. Brusquement, le 5 mars 1935, sa hernie devient grosse et très douloureuse, il a des nausées et des vomissements mais pas d'arrêt des matières ni des gaz. On fait le diagnostic d'étranglement herniaire. A l'intervention, on trouve une grosse hernie : ouverture du sac sans lequel on trouve de l'intestin grêle, le sac et l'intestin sont très enflammés, mais il n'y a pas d'étranglement. Au niveau du collet du sac, on devine la base de l'appendice et son implantation sur le cœcum qui est très rouge. Le péritoine péricœcal voisin montre des lésions d'inflammation ancienne. On agrandit légèrement l'ouverture en incisant le tendon conjoint et l'on pratique la résection de l'appendice, qui contient du pus. Castration.

Fermeture de la paroi au fil de lin. Guérison en 15 jours. Le malade a repris ses occupations habituelles. On le revoit le 25 mai. Très bon état général, le malade mange comme tout le monde : plus de troubles digestifs ; les parois sont très solides ; le malade ne porte pas de bandage.

OBSERVATION N° 3. — *Appendicite herniaire aiguë.*

D. T..., âgé de 33 ans, porteur depuis longtemps d'une pointe de hernie, est atteint brusquement, le 26-3-35, d'une crise douloureuse qui nécessite son transport à l'hôpital de Ham où il est opéré d'urgence. A l'ouverture, on ne trouve rien du côté de hernie, mais on soupçonne une appendicite et on agrandit l'incision, on se trouve en effet en présence d'une appendice aiguë presque suppurée qui nécessite l'appendicectomie. On ferme la paroi au catgut, et on laisse une mèche étroite entourée de cellophane dans le haut, on enlève cette mèche le 6^e jour. Le malade sort après 15 jours ; il est actuellement très bien portant. Sa paroi est excellente.

OBSERVATION N° 4. — *Péritonite herniaire.*

Enfant P. C..., 9 ans. Début brusque, chez enfant porteur d'une hernie, par une violente douleur dans l'aîne, avec paroxysmes très nets. La hernie est dure, irréductible. Etat général peu touché. Cependant quelques vomissements, constipation. A l'intervention, on trouve dans le sac une appendicite suppurée avec péritonite généralisée. Pas d'étranglement de la hernie. Appendicectomie à travers le sac. Cure radicale de la hernie. Paroi au fil de lin. Guérison complète, excellente paroi.

OBSERVATION N° 5. — *Etranglement du cæco-appendice.*

Ch., 82 ans. Entre d'urgence, le 1^{er}-9-20, avec tous les signes d'une hernie inguinale droite étranglée. On trouve un kyste muqueux de l'appendice et le fond du cæcum étranglé par le collet du sac. On résèque l'appendice et le fond du cæcum. Cure radicale de la hernie. Fermeture de la paroi à la soie. Guérison complète. Le malade est mort à 90 ans, après 8 ans d'une santé parfaite. Il s'agissait d'une hernie de faiblesse chez un vieillard, par glissement du cæcum.

OBSERVATION N° 6. — *Etranglement du cæco-appendice.*

D..., 47 ans, tendance à l'obésité. Grosse hernie droite, à parois paraissant mauvaises. A présenté à plusieurs repri-

ses des douleurs assez vives dans sa hernie et plus précisément 2 ans auparavant une crise qualifiée étranglement. Le 11 août 1921, présente tous les signes d'un étranglement. Le testicule en ectopie n'est jamais descendu dans les bourses. Hernie comme le poing. Pas de flèvre. A l'intervention, incision du canal inguinal descendant jusqu'à la racine des bourses. Incision de l'aponévrose du grand oblique. Ouverture prudente du sac. Libération de l'anneau d'étranglement. Il s'agit d'une hernie par glissement du cœcum. Le fond du cœcum et la base de l'appendice sont nettement étranglés. On résèque l'appendice. On enfouit la portion étranglée du cœcum avec un catgut fin. On refoule le cœcum dans l'abdomen. On résèque le sac et on le bourre du côté du cœcum. Le testicule est extériorisé et situé en dedans de l'orifice du canal inguinal, on le résèque. Suites opératoires parfaites. Malade suivi constamment jusqu'à sa mort, survenue en 1934, par pneumonie double.

OBSERVATION N° 7. — *Etranglement du cœco-appendice.*

C..., 52 ans. Le chirurgien est appelé le 6 août 1923 auprès du malade, chez qui le médecin a diagnostiqué un étranglement herniaire. En effet, depuis quelque temps C... se plaignait de troubles digestifs divers, constipation chronique, entre-coupée de diarrhée subite, inappétence, quelques nausées, mais n'y avait attaché cependant aucune importance. Brusquement, le 6 août, il ressentit une douleur intense dans la fosse iliaque droite et dans la région inguinale. En même temps la pointe de hernie qu'il connaissait depuis déjà longtemps lui paraît augmenter de volume et être extrêmement douloureuse. Il vomit à plusieurs reprises, son état général s'altère. On fait venir le médecin, qui diagnostique un étranglement herniaire. A l'intervention, il n'y a qu'un léger étranglement, mais on trouve dans le sac, le fond du cœcum et l'appendice en voie de sphacèle, avec une grosse inflammation péritonéale voisine. On résèque le cœcum et l'appendice. Il s'agit-là d'une hernie par glissement, les accidents sont dus à l'appendicite. Le malade sort 5 semaines après, guéri, n'ayant plus de troubles digestifs, avec une bonne paroi ; on ne l'a pas revu.

OBSERVATION N° 8. — *Etranglement de l'appendice.*

E. V..., 67 ans, jardinier. Il s'agit d'une volumineuse her-

nie étranglée opérée à la 18^e heure. Chloroforme. A l'ouverture du sac, on trouve dedans l'appendice, enflammé, mais ne présentant pas de lésions nécrotiques. Appendicectomy à travers le sac. Cure radicale de la hernie, castration. Fermeture de la paroi au catgut (8-12-28). Guérison en 3 semaines. Actuellement le malade va bien, il ne souffre pas, sa paroi tient bien. Il signale seulement un peu de constipation.

CHAPITRE III

LES APPENDICITES DÉCOUVERTES FORTUITEMENT AU COURS DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE

Une deuxième série de cas a trait aux appendicites herniaires qui n'ont été découvertes que lors de l'intervention, celle-ci étant faite dans les conditions les meilleures, le malade se plaignant de troubles digestifs que l'on a attribués à la hernie et qui ont entraîné la cure radicale de cette hernie.

C'est en pratiquant cette dernière que le chirurgien découvre l'appendicite, sans que l'on y ait pensé auparavant.

Cette découverte peut se faire principalement de trois façons :

1° L'appendice se trouve tout entier dans le sac, c'est le cas le plus favorable pour l'intervention. Sain ou non, il faudrait l'enlever ; or, dans les cas que nous envisageons, il est enflammé, plus ou moins turgescant, adhérent à la paroi du sac : l'appendicectomie s'impose suivie de l'enfouissement du moignon.

2° A l'ouverture du sac, on ne voit qu'une petite par-

tie de l'appendice effleurant l'orifice herniaire. Là aussi, c'est un appendice malade dont on doit pratiquer l'ablation.

Si c'est possible, on fait l'appendicectomie sans modifier l'incision initiale, par l'orifice du sac.

Si cela s'avère trop difficile, on utilise alors un des trois procédés que nous indiquons plus loin, en choisissant celui qui paraît le plus favorable au cas devant lequel on se trouve.

3° L'appendice n'est pas présent dans le sac, il n'en est même pas visible par l'orifice herniaire, mais c'est l'examen attentif de la région opérée qui montre de l'inflammation, une arborescence vasculaire plus ou moins développée, qui attire l'attention et permet de découvrir un appendice sous-jacent malade que l'on enlève. Le plus souvent l'appendicectomie ne peut se faire par le sac et il faudra pratiquer une appendicectomie vraie.

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, l'appendicite n'a été qu'une découverte d'opération.

Et pourtant, l'examen du malade, l'étude approfondie des troubles qu'il ressentait, aurait dû faire faire le diagnostic avant l'intervention, si l'on avait été plus attentif.

En effet, dans tous ces cas, comme dans ceux que nous allons étudier dans le chapitre suivant, un certain nombre de signes pourraient permettre d'opérer en ayant décidé de pratiquer à la fois la cure radicale de hernie et l'appendicestomie. Cela contribuerait sans doute à éviter d'assez désagréables suites opératoires, comme il arriva à tel chirurgien des hôpitaux de Paris qui a bien voulu nous conter ses mésaventures : Ayant décidé de

se faire opérer d'une hernie inguinale droite, il dut subir en même temps l'appendicectomie, son appendice étant très enflammé et accompagné de périépiploïte à tel point qu'il se constitua par la suite des adhérences qui nécessitèrent une deuxième intervention. Et de celle-ci résulta une éventration qui fit l'objet d'une nouvelle opération.

OBSERVATION N° 9. — *Appendice tout entier dans le sac.*

R..., 23 ans. Présentait depuis quelque temps des troubles digestifs attribués à la hernie qu'il avait. Il est opéré le 21-11-18, à l'H.O.E. de Ham. Il s'agit d'une hernie inguinale droite, congénitale, par glissement formée aux dépens du méso-appendice. L'épiploon est adhérent. L'appendice est dans le sac, enflammé, turgescant, adhérent à la paroi du sac : appendicectomie à travers le sac, enfouissement, cure radicale de la hernie. Guérison. On l'a revu en mars 1919, lors de sa démobilisation : très bonne paroi, plus aucun trouble.

OBSERVATION N° 10. — *Appendice tout entier dans le sac.*

M..., 43 ans. On l'opère le 7-2-21 pour une volumineuse hernie inguinale droite, scrotale, à laquelle on rapporte tout les troubles digestifs dont se plaint le malade : A l'intervention, il s'agit d'une hernie externe, acquise, le sac est épais. L'appendice est dans le sac, enflammé, adhérent. On fait l'appendicectomie à travers le sac, suivie d'enfouissement. Cure radicale de la hernie. Bassini, cordon derrière. Résultats parfaits. Le malade revu en 1935 ne se plaint d'aucun trouble digestif. Il ne souffre pas, sa paroi tient très bien.

OBSERVATION N° 11. — *Appendice tout entier dans le sac.*

P..., 39 ans. Opéré le 11-4-23 pour quelques troubles vagues, mais non spécifiques de la hernie, accompagnant une grosse hernie inguinale droite. Dans la hernie on trouve l'appendice, enflammé, turgescant, mais non adhérent. Appendicectomie à travers le sac, enfouissement. Cure radicale de la hernie, paroi à la soie.

Il a été revu plusieurs fois depuis son opération. Il va parfaitement bien.

OBSERVATION N° 12. — *Appendice tout entier dans le sac.*

A. P..., 57 ans. Il s'agit d'une hernie double directe, cataloguée par médecin expert accident du travail. Intervention le 14-3-30. Ether. On trouve l'appendice dans le sac à droite. Appendicectomie, enfouissement. Cure radicale des deux hernies. Parois au fil de lin. Guérison. Cependant, le malade se plaint actuellement de légers troubles digestifs et d'une certaine faiblesse de la paroi.

OBSERVATION N° 13. — *Appendice tout entier dans le sac.*

O..., 48 ans (Ch. F.N.). Se plaignait depuis 1920 de troubles persistants, quoique atténués. Opéré le 30-1-31 pour hernie inguinale double. Rechianesthésie. On trouve dans le sac, à droite, l'appendice, enflammé, légèrement adhérent. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale des deux hernies. Parois au fil de lin. Reprise du travail un mois après. Actuellement, le malade n'a plus aucun trouble. Ses parois tiennent très bien.

OBSERVATION N° 14. — *Appendice tout entier dans le sac.*

J. B..., 35 ans. Opéré le 3-11-31 d'une hernie inguinale droite, douloureuse. Ether. On trouve dans le sac l'appendice enflammé, très adhérent. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement, Cure radicale de la hernie. Paroi au fil de lin. Le malade sort 10 jours plus tard, guéri. Actuellement sa paroi tient très bien. Un peu de constipation. Quelques rares douleurs de temps à autre.

OBSERVATION N° 15. — *Appendice tout entier dans le sac.*

A..., 38 ans (Ch. F.N.). Se plaignait de nombreux troubles digestifs et en particulier de violentes coliques. On l'opère le 25-3-33 de hernie inguinale droit, funiculaire, externe. L'appendice est dans le sac, rouge, turgescant, adhérent à la paroi du sac. Appendicectomie à travers le sac, enfouissement. Cure radicale de la hernie. Sort de l'hôpital le 6 avril. Reprend son travail le 29. Disparition complète de tous ses troubles. Très bonne paroi. Revu en mai 1935; va très bien.

OBSERVATION N° 16. — *Appendice tout entier dans le sac.*

M..., 34 ans. Opéré le 10-1-34 pour une hernie inguinale double, douloureuse et s'accompagnant de quelques troubles digestifs. Rachianesthésie. On trouve dans le sac, à droite, l'appendice légèrement enflammé. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale des deux hernies. Paroi au fil de lin. Guérison. Le malade revu 18 mois après va bien. Cependant, quelques douleurs et un peu de constipation dû à une légère ptose du cœcum. Paroi un peu faible à gauche.

OBSERVATION N° 17. — *Appendice tout entier dans le sac.*

C..., 43 ans (Ch. F.N.). Quelques troubles digestifs accompagnant une hernie inguinale droite. Intervention le 1-2-34. Rachianesthésie. On trouve dans le sac un appendice gros et enflammé. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. Paroi au fil de lin. Guérison. Actuellement le malade va très bien.

OBSERVATION N° 18. — *Appendice effleurant l'orifice herniaire.*

S. W..., 42 ans. Ce malade porteur d'une hernie grossissant rapidement dans les derniers temps en devenant de plus en plus douloureuse, avec crises paroxystiques, est opéré le 22-1-34. Ether. A l'intervention, hernie congénitale : le sac est intimement adhérent au cordon, dans la fossette moyenne. La pointe de l'appendice se trouve dans le sac, rouge, enflammée, adhérent. On agrandit l'incision. Appendicectomie, enfouissement. Cure radicale de la hernie. Paroi au fil de lin. Guérison, Sortie de l'hôpital le 9 février. Revue en mai 35 : très bon état, bonne paroi, pas de ceinture, pas de troubles digestifs.

OBSERVATION N° 19. — *Appendicete en pointe dans le sac herniaire.*

M^{me} J..., 55 ans. Opérée le 13-2-27 d'une hernie inguinale droite qu'accompagnent quelques troubles digestifs. Ether. L'appendice est en pointe dans le sac, un peu enflammé, non adhérent. Appendicectomie par dissociation. Enfouissement. Cure radicale de la hernie au catgut. Guérison. Actuellement le malade va bien, ne porte pas de ceinture, ne se plaint que de quelques très rares coliques.

OBSERVATION N° 20. — *Appendice en pointe dans le sac.*

Enfant B..., 12 ans. Opéré le 15-3-27 pour hernie inguinale droite. Chloroforme. L'appendice est en pointe dans le sac, bourré de calculs, légèrement enflammé. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. Guérison.

OBSERVATION N° 21. — *Appendice en pointe dans le sac.*

M. G..., 47 ans. Opéré le 31-10-28 pour hernie inguinale double. Très mauvaise paroi, ventre en besace. Ether. L'appendice est à l'entrée de l'orifice herniaire, légèrement enflammé, non adhérent. Appendicectomie à travers le sac. Cure radicale des hernies au fil de lin. Sortie le 10-11-28. Actuellement, les hernies ont récidivé, par suite de la déficience de la paroi, parfois douloureuses. Quelques troubles digestifs, attribuables à l'éthylisme. On a proposé au malade, qui a accepté, une cure radicale avec le couturier dans la paroi, selon le procédé de Huet.

OBSERVATION N° 22. — *Appendice effleurant l'orifice herniaire.*

D..., 37 ans (Ch. F.N.). Souffrait depuis décembre 1927 de diarrhée et de coliques avec aggravation et amélioration passagères, entraînant un certain degré d'asthénie. Opéré le 17-11-31 pour hernie double. Ether. On trouve l'appendice effleurant l'orifice herniaire, enflammé, adhérent. Appendicectomie par dissociation. Enfouissement. Cure radicale des deux hernies, parois au fil de lin, Bassini cordon derrière, travail repris le 14 janvier 1932. Bonne cicatrisation. A l'heure actuelle, plus aucun trouble.

OBSERVATION N° 23. — *Appendice effleurant l'orifice herniaire.*

Enfant S. D..., 11 ans. Opérée le 4 juillet 1933 pour hernie inguinale droite accompagnée de troubles digestifs vagues. Ether. On trouve l'appendice en pointe dans le sac, enflammé, turgescant. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. Plan profond au fil de lin. Plan superficiel au catgut. Guérison. Revue en juin 1935. Bonne paroi. Quelques troubles digestifs causés par la suralimentation.

OBSERVATION N° 24. — *Appendice effleurant l'orifice herniaire.*

P. V..., 52 ans. Opéré le 11-3-35 pour une grosse hernie inguinale droite. Rachianesthésie. L'appendice effleure l'orifice herniaire. Légèrement enflammé, un peu adhérent. Appendicectomie par dissociation. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. A cause d'hydrocèle, excision de la vaginale. Guérison parfaite.

OBSERVATION N° 25. — *Appendice en dehors du sac.*

V..., 38 ans. Opéré le 2-12-20. Hernie inguinale congénitale double par glissement du gros intestin, paravésicale, funiculosrotale à droite, simple pointe à gauche. Appendicectomie par agrandissement de l'incision, enfouissement. Cure radicale des deux hernies. Bassini cordon derrière. Guérison complète. Revu en 1935. Le malade va très bien à tous points de vue.

OBSERVATION N° 26. — *Appendicite en dehors du sac.*

A. C..., 51 ans. Opéré en 1923 d'une hernie inguinale gauche. Quelques troubles digestifs et quelques légères crises douloureuses avant d'être opéré, le 21-1-26, du côté droit. Chloroforme. Il s'agit d'une hernie par glissement. On découvre par l'examen attentif de la région une appendicite sus-jacente. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. Reprend son travail après quatre semaines. Revu en 1935, va très bien.

OBSERVATION N° 27. — *Appendice en dehors du sac.*

Enfant C..., 13 ans, opéré le 30-4-30 d'une hernie inguinale double. Chloroforme. On recherche l'appendice que l'on trouve enflammé, légèrement adhérent. Appendicectomie par dissociation. Testicule en migration n'ayant pas besoin d'être fixé. Cure radicale des deux hernies. Résultats parfaits.

OBSERVATION N° 28. — *Appendice en dehors du sac.*

R. M..., 54 ans (Ch. F.N.). Long passé gastrique, petite hernie inguinale droite, opérée le 5-6-32. Rachianesthésie. L'appendice est trouvé en dehors du sac, légèrement enflammé. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement.

Cure radicale de la hernie. Guérison. Le malade qui se livre à de gros travaux, porte une ceinture pendant un an. Actuellement paroi très solide. Plus de troubles digestifs.

OBSERVATION N° 29. — *Appendice en dehors du sac.*

D..., 46 ans (Ch. F.N.). Opéré le 29-7-32 pour une hernie inguinale droite de faiblesse, par glissement. Rachianesthésie. On trouve à proximité du sac un appendice un peu enflammé, qu'on résèque à travers le sac. Cure radicale de la hernie. Paroi au fil de lin. Reprend son travail un mois après. Va très bien, paroi très solide.

OBSERVATION N° 30. — *Appendice en dehors du sac.*

D..., 39 ans (Ch. F.N.). Se plaignait depuis quatre ans de troubles digestifs. Opéré le 17-12-32 de hernie inguinale droite. Rachianesthésie. On trouve une pointe de hernie vésicale. Appendice rétrocœcal, gros, enflammé, enfoui sous des adhérences. Appendicectomie rétrograde, après agrandissement de l'incision primitive. Cure radicale de la hernie au fil de lin. Sort de l'hôpital 17 jours après. Revu en 1935: paroi solide, troubles digestifs disparus.

OBSERVATION N° 31. — *Appendice dans le sac.*

H. R..., 54 ans (P.P.). Hernie inguinale bilatérale plus marquée à droite, orifices larges, mauvaises parois. Opéré le 7-5-31. Ether. Cure radicale bilatérale: A droite, sac contenant l'appendice, peu enflammé, appendicectomie. Sorti le 1-6-31 en parfait état.

OBSERVATION N° 32. — *Appendice en pointe dans le sac.*

A. Ch., 19 ans (P.P.). Hernie inguinale droite à laquelle on rapporte les troubles vagues dont se plaint le malade. Opéré le 18-7-30. Ether. Hernie congénitale, sac avec épiloön adhérent, appendice rétrocœcal, adhérent en pointe dans le sac. Agrandissement de l'incision. Appendicectomie par voie rétrograde. Portion terminale de l'iléon coudée par bride qu'on sectionne. Cure radicale de la hernie, paroi aux crins. Sorti le 30-7-30, ne se plaignant plus de rien.

CHAPITRE IV

FORMES DONT LE DIAGNOSTIC A ÉTÉ POSÉ AVANT L'INTERVENTION

Il y a heureusement des cas assez nombreux où le diagnostic d'appendicite était fait avec celui de hernie et dictait d'emblée la double opération.

Ils se groupent en deux catégories : la forme épiplo-cèle ou appendicite chronique herniaire de Jacquemin et la forme à crises douloureuses intermittentes .

Dans le premier tableau clinique, ainsi que le dit Jacquemin, il s'agit de malades dont la hernie est de temps à autre le siège de petites crises douloureuses de quelques minutes. Elle est constamment sensible à la pression en un point nettement limité, ce dont les sujets se rendent compte à la réduction de leur hernie.

L'état général est le plus souvent atteint, pouvant créer des confusions avec une cholécystite : le faciès est subictérique, les malades se lèvent déjà fatigués, ont une lassitude marquée après le moindre effort, le caractère change, devient nerveux, irascible, la langue est saburrale, les digestions difficiles, notamment pour certains aliments, les embarras gastriques ne sont pas rares.

Localement, la tumeur présente tous les caractères de l'entéroccèle ou de l'épiplocèle, réductible ou irréductible. Mais Jacquemin insiste sur le fait que presque toujours en un point la sensibilité est très vive. Le faciès traduit une sensation de souffrance et le malade fait un mouvement de défense lorsqu'on presse à ce niveau.

La hernie est volumineuse en général, car il s'agit dans la majorité des cas d'appendicite chronique en milieu herniaire ; l'appendice est accompagnée de cœcum, d'épiploon, d'anses intestinales grêles, mais dans les cas où la hernie est constituée par l'appendice seul, il n'existe qu'une nodosité à peine perceptible que l'on pourrait prendre pour des ganglions.

Les formes à crises douloureuses intermittentes correspondent à la forme d'appendice abdominale à répétition, communément appelée à récides (mauvaise terminologie, ajoute Jacquemin, car elle suppose l'intégrité absolue de l'appendice entre les crises).

Un malade fait une appendicite herniaire d'intensité variable qui spontanément se calme et guérit, on ne l'opère pas, mais au bout de semaines ou de mois survient une nouvelle crise appendiculaire. Un certain nombre peuvent ainsi se succéder à intervalles variables, mais, tandis que dans l'abdomen ces attaques conservent une bénignité relative et tendent rarement à une gravité progressivement croissante, il n'en est pas de même dans une hernie : il semble que celle-ci constitue pour l'appendice un foyer constant d'irritation qui augmente de plus en plus la violence des poussées aiguës. L'appendice enflammé peut même former pour l'intestin un agent d'étranglement absolu.

Assez souvent du reste, si l'on interroge le malade at-

teint d'appendicite herniaire sur son passé abdominal, on notera des crises douloureuses qui ont tous les caractères d'une crise appendiculaire abdominale antérieure. L'appendicite abdominale a donc précédé dans ses manifestations cliniques l'appendicite herniaire.

OBSERVATION N° 33. — *Appendicite chronique herniaire.*

A. P..., 27 ans. Hernie inguinale droite par amaigrissement (malade restée à Saint-Quentin pendant l'occupation allemande). Tableau d'appendicite chronique. Opérée le 3-7-19. Incision de Mac Burney. Appendicectomie, enfouissement. Cure radicale des deux hernies. Guérison rapide.

OBSERVATION N° 34. — *Appendicite chronique herniaire.*

Enfant P. M..., 12 ans. Manifestations appendiculaires très nettes. Hernie inguinale droite. Le point douloureux est juste au-dessus de l'arcade crurale. Incision de cure radicale de hernie. L'appendice est facilement trouvé par l'orifice du sac, il est très enflammé. Appendicectomie, enfouissement ; cure radicale de la hernie. Bassini, cordon derrière. Paroi au catgut. Guérison. Enfant revu souvent, santé parfaite.

OBSERVATION N° 35. — *Appendicite chronique herniaire.*

M. D..., 68 ans. Grosse hernie par glissement du cœcum, constamment douloureuse, avec parfois petites crises douloureuses de quelques minutes. Opéré le 21-4-23. Ether. Parois déficientes. Grosse hernie scrotale. Appendice et cœcum sujets d'inflammation chronique. Appendicectomie par dissociation, enfouissement, cure radicale de la hernie. Guérison. Suivi régulièrement, mort huit ans après, sans avoir jamais été revu pour hernie ou appendicite.

OBSERVATION N° 36. — *Appendicite chronique herniaire.*

Enfant L. N..., 13 ans. Opéré le 5-8-26 pour appendicite chronique, hernie inguinale double et petite hernie de la ligne blanche. Chloroforme. Appendicectomie à travers le sac : l'appendice est légèrement enflammé et adhérent. Enfouissement. Cure radicale des hernies. Parois au catgut. Va très bien.

OBSERVATION N° 37. — *Appendicite chronique herniaire.*

J. C..., 40 ans (Ch. F.N.). Volumineuse hernie inguinale droite, hernie inguinale gauche, parois très déficientes. La hernie droite est de temps en temps le siège de petites crises douloureuses. Elle est constamment sensible à la pression en un point nettement limité particulièrement remarqué par le sujet lorsqu'il réduit sa hernie. Opéré le 9-3-1927. Rachianesthésie. A droite, hernie volumineuse. Le cœcum et l'appendice sont dans la hernie. Appendicectomie après agrandissement de l'incision première. Cure radicale des hernies à la soie. Le malade quitte l'hôpital 15 jours après. Revu en 1935, les hernies sont revenues un an après l'opération, mais les troubles digestifs ont à peu près disparu, cependant persiste un peu de constipation.

OBSERVATION N° 38. — *Appendicite chronique herniaire.*

P..., 28 ans (Ch. F.N.). Malade porteur d'une hernie inguinale droite avec ectopie, souffrant en outre de phénomènes douloureux que ne peuvent expliquer ni la hernie ni l'ectopie et que l'on attribue à l'appendicite. Intervention le 27-2-29. Rachianesthésie. L'appendice est dans le sac, coudé, enflammé, adhérent. Appendicectomie, enfouissement, cure radicale de la hernie à la soie. Reprend son service cinq semaines après (chauffeur de route). Revu en 1935, va très bien.

OBSERVATION N° 39. — *Appendicite chronique herniaire.*

E. D..., 37 ans (Ch. F.N.). Se plaint depuis juillet 1921 de troubles digestifs, vomissements, dyspepsie, douleurs lombaires. Porteur depuis plusieurs mois d'une volumineuse hernie inguinale droite. On décide l'intervention pour appendicite et hernie. Opéré le 11-12-31. Rachianesthésie. L'appendice est dans le sac, accompagné de cœcum, l'épiploon, d'anses grêles. Appendicectomie à travers le sac. Enfouissement. Cure radicale de la hernie droite. Pointe à gauche que l'on opère également. Reprend son service le 14 janvier 1932. Revu en 1935. Va très bien.

OBSERVATION N° 40. — *Appendicite chronique herniaire.*

Enfant A. G..., 11 ans. Opéré le 21-12-33 pour appendicite chronique et hernie double (pointe à droite). Ether. Incision de Mac Burney, appendicectomie, enfouissement.

Cure radicale de la hernie droite par une nouvelle incision.
Cure radicale de la hernie gauche. Quitte l'hôpital après 12 jours. Retourne en Suisse.

OBSERVATION N° 41. — *Appendicite chronique herniaire.*

H. M..., 32 ans (Ch. F.N.). Nombreux troubles digestifs et signes d'appendicite. Hernie inguinale double. Opéré le 10-8-34. Appendice enflammé, adhérent, à l'orifice du sac. Appendicectomie par dissociation. Cure radicale des hernies. Guérison. Revu en 1935. Très bons résultats. Paroi solide. Plus de troubles digestifs.

OBSERVATION N° 42. — *Appendicite chronique herniaire.*

Enfant J. P..., 9 ans. Hernie inguinale droite douloureuse, signes digestifs. Opéré le 6-2-35 pour appendicite et hernie.. Chloroforme. Herniolaparatomie. Appendice très enflammé, adhérent, appendicectomie, enfouissement, cure radicale de la hernie. Très bons résultats.

OBSERVATION N° 43. — *Appendicite chronique herniaire.*

G. L..., 51 ans. Opéré le 27-3-35 pour appendicite et hernie inguinale droite. L'appendice est dans le sac, ainsi que le cœcum. Appendicectomie à travers le sac, enfouissement. Cure radicale de la hernie, paroi au fil de lin. Quitte l'hôpital le 15^e jour. Paroi solide. Plus de troubles appendiculaires.

OBSERVATION N° 44. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

M^{me} D..., 45 ans. 3 grossesses, parfaite santé par ailleurs, cependant plusieurs crises d'appendicite subaiguë depuis sa dernière grossesse (7 ans). Hernie inguinale qui grossit, nettement douloureuse au moment des crises appendiculaires. A l'intervention, le 30-6-22, la hernie est vide, le cœcum n'est pas attiré facilement dans la plaie. On pratique la dissociation du transverse en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ablation de l'appendice. Enfouissement des moignons de l'appendice et de la ligature. Suture à la soie. Suites opératoires normales, quitte la clinique le 15^e jour. Revue très couramment. Ne présente plus aucun trouble. La cure radicale tient bien. Le haut de la cicatrice est très solide.

OBSERVATION N° 45. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

M^{lle} M..., 19 ans. Plusieurs crises appendiculaires progressivement douloureuses et rapprochées. Petite hernie inguinale droite. Intervention le 25-10-26, à froid. Appendicectomie par la voie de Mac Burney. Appendice très enflammé, adhérent. Cure radicale de la hernie au fil de soie. Rentre chez elle le 16^e jour. Paroi solide. Aucun trouble digestif ne persiste.

OBSERVATION N° 46. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

H. L..., 22 ans, robuste. Depuis plusieurs mois, se plaint de troubles digestifs. Crises douloureuses répétées dans les derniers temps. Hernie inguinale droite. Opéré le 9-5-27. Rachianesthésie. On trouve la pointe de l'appendice dans le sac de hernie congénitale, présentant des épaissements et rempli de liquide. L'appendice est très long et gros (18 cm.). Appendicectomie par dissociation. Cure radicale sans drainage, paroi au catgut. 15 jours de lit. Aucun incident. A l'heure actuelle, le malade, très sportif, qui a appris à nager pendant sa quinzaine de convalescence, fait 10.000 kilomètres de cyclo-tourisme par an. Pas de troubles digestifs, sauf un peu de constipation de temps en temps.

OBSERVATION N° 47. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

E. L..., 55 ans. Opéré le 29-3-29 de hernie inguinale double et d'appendicite ayant déjà présenté plusieurs crises. Appendicectomie rétrograde par agrandissement de l'incision primitive. Cure radicale de la hernie à la soie. Paroi solide. Plus de troubles à signaler.

OBSERVATION N° 48. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

Enfant L. M..., 14 ans. A présenté plusieurs crises d'appendicite. Hernie inguinale droite. Opéré le 26-6-30. Chlo-roforme, Gros appendice rétro-coecal dans le sac, appendicectomie, enfouissement. Cure radicale de la hernie au catgut. Suites opératoires normales. Actuellement se porte très bien. Aucun trouble digestif, paroi solide.

OBSERVATION N° 49. — *Appendicite herniaire à répétition.*

M..., 36 ans (Ch. F.N.). Crises appendiculaires répétées chaque fois plus violentes et plus rapprochées. Hernie inguinale droite. Opéré le 10-7-33 à froid. Herniolaparatomie. Gros appendice enflammé avec périploïte. Appendicectomie. Enfouissement. Cure radicale de la hernie au fil de lin. Quitte l'hôpital le 13^e jour. Reprend son travail le 30^e. Rien à signaler.

OBSERVATION N° 50. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

J. B..., 40 ans. Plusieurs crises d'appendicite, nécessitant l'intervention le 30-12-33. Petite pointe de hernie droite. Rachianesthésie. Herniolaparatomie. L'appendice présente des adhérences oedémateuses. Appendicectomie, enfouissement, cure radicale de la hernie au fil de lin. Suites opératoires normales. Va très bien.

OBSERVATION N° 51. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

C..., 47 ans (Ch. F.N.). Hernie inguinale droite par glissement, paravésicale, appendicite à rechutes. On décide d'opérer le 22-2-35. Appendicectomie par dissociation. Cure radicale au fil de lin. Suites opération normales. Actuellement n'a plus de troubles appendiculaires. Bonne paroi.

OBSERVATION N° 52. — *Appendicite herniaire à crises intermittentes.*

A. C..., 37 ans (P.P.). Première crise un mois auparavant. Opération le 7-11-29. Ether. A droite, incision basse, pas de sac, appendice enflammé, sectionné au thermocautère. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. A gauche, sac volumineux. Cure radicale parois aux crins. Sorti le 21-11: état général excellent.

OBSERVATION N° 53. — *Appendicite herniaire chronique.*

L. G..., 29 ans (P.P.). Ectopie, pointe de hernie inguinale droite. Douleurs dans la fosse iliaque droite et constipation entraînant le diagnostic d'appendicite. Opéré le 19-12-30. Ether. Incision inguinale droite. On dégage le testicule le plus haut possible. Ouverture du sac. Appendice assez gros, non adhérent. Appendicectomie au ther-

mocautère. Enfouissement. Incision scrotale gauche. Replacement du testicule dans sa loge. On le fixe. Paroi aux crins. Sorti le 31-12-30. Etat général excellent, très bonne paroi.

OBSERVATION N° 54. — *Appendicite herniaire à répétition.*

G. D..., 33 ans (P.P.). Crises douloureuses abdominales avec élévation de température. Constipation chronique. Un peu de colite. Hernie inguinale droite. Opéré le 17-4-34. deux incisions : Mac Burney et résection d'un appendice long sur un cœcum haut. Cure radicale de la hernie : oblique externe: sac enflammé avec péritoine œdémateux. Sorti le 30-4-34. Parfaite santé.

OBSERVATION N° 55. — *Appendicite herniaire chronique.*

G. B..., 48 ans (P.P.). Hernie inguinale droite, appendicite chronique (douleurs périodiques dans la fosse iliaque droite. Ni vomissements, ni fièvre, ni constipation). Opéré le 28-4-34. Ether. Incision inguinale. Pas de sac. Appendice derrière l'anneau très malade, très enflammé avec pus, meso court. Appendicectomie. Enfouissement. Cure radicale de la hernie aux crins. Embolie pulmonaire le 5-4-34. Lever le 26° jour, Sortie le 26-4-34 en parfait état.

OBSERVATION N° 56. — *Appendicite herniaire à répétition.*

M. D..., 39 ans (P.P.). En 10-31, entérocolite ; en 3-34, crise d'appendicite. Opérée le 29-6-35: cure radicale de hernie et appendicectomie. Très mauvaise paroi. Appendice retrocœcal adhérent très enflammé. Appendicectomie rétrograde difficile. Paroi aux crins. Sort le 13° jour.

CHAPITRE V

FORMES MÉCONNUES NÉCESSITANT UNE DEUXIÈME OPÉRATION

Si nous admettons que le fait que certains malades ont présenté des troubles appendiculaires avant qu'apparaisse leur hernie est une des meilleures preuves de l'existence des appendicites herniaires force nous est bien de considérer comme encore plus probant le fait que certains malades, déjà opérés de leur hernie, ont dû, quelque temps après, subir une nouvelle intervention pour appendicectomie parce qu'ils présentaient après leur première opération les mêmes troubles qu'auparavant.

Ceci se passe lorsque l'on a totalement négligé de rapporter à leur origine réelle des signes que l'on aurait normalement attribués à l'appendicite si l'on n'avait pas été arrêté dans son diagnostic par la présence d'une hernie dans laquelle le malade veut voir la cause de tous ses maux.

Que l'on veuille bien admettre en outre qu'à l'intervention l'appendice n'ait pas été visible dans le sac herniaire et que l'on n'ait pas attribué à leur véritable

cause les phénomènes inflammatoires constatés à ce niveau, ou que l'on n'y ait pas prêté attention, cela nous permettra de comprendre comment ces malades n'ont pas d'emblée subi l'appendicectomie et par suite, comment, ayant gardé l'organe malade, ils ne peuvent se trouver guéris et reviennent quelque temps après trouver le chirurgien avec les mêmes symptômes que précédemment qui cette fois sont enfin attribués à l'appendicite et disparaîtront après la deuxième intervention, qui aurait pu, comme l'on voit, être évitée.

OBSERVATION N° 57. — *Appendicite herniaire à répétition.*

E. G..., 28 ans. Opéré de hernie inguinale droite par le Dr J., de Rouen. Douleurs persistantes. Crises appendiculaires répétées. Troubles digestifs persistants. Opéré le 27-1-28. Herniolaparatomie droite. Il existe un petit sac descendant jusque dans les bourses, vide, sur une paroi solide. On trouve dans la fosse iliaque un appendice long de 14 cm. œdématié et tordu sur lui-même. Appendicectomie. Enfouissement. Cure radicale de la hernie au fil de lin. Suites opératoires normales. Maintenant va très bien: ne souffre plus, plus aucun trouble digestif. Bonne paroi.

OBSERVATION N° 58. — *Appendicite herniaire chronique.*

M^{me} D..., 38 ans. Femme jeune et vigoureuse, opérée de hernie inguinale droite simple en 1932. Les troubles dont la malade se plaignait auparavant persistant, on pense à l'appendicite et on opère à nouveau le 19-2-34. Incision de Mac Burney. On se trouve en présence d'une appendicite rétroécœcale, avec abcès. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture de la paroi. Guérison en trois semaines. Disparition de tous les troubles. Actuellement la malade se porte à merveille.

OBSERVATION N° 59. — *Appendicite herniaire chronique.*

P..., 37 ans (Ch. F.N.). Opéré en 1931 de hernie inguinale droite. Cependant persistent encore les troubles digestifs et des douleurs dans la fosse iliaque droite continues avec

de légers paroxysmes. Appendicectomie le 12-3-35. Guérison parfaite et durable.

OBSERVATION N° 60. — *Appendicite herniaire à crises douloureuses intermittentes.*

P..., 42 ans. Souffrait depuis longtemps de troubles vagues. A dû être opéré d'urgence il y a 3 ans d'une hernie inguinale droite étranglée. L'appendice n'avait pas été enlevé. Les troubles persistent et s'aggravent. Une deuxième intervention pour appendicectomie vient d'être décidée.

OBSERVATION N° 61. — *Appendicite herniaire chronique.*

P. P..., 51 ans (P.P.). Opéré une première fois de hernie inguinale droite, ce qui n'a que peu amélioré l'état général. Récidive. Intervention le 15-3-34. Ether. Ouverture de l'ancienne cicatrice. Appendice derrière l'anneau, blanc, adhérent, chroniquement enflammé. Appendicectomie avec enfouissement. Paroi en 2 plans. Sorti le 2-4-34. Excellent état général actuellement.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

D'après tout ce que nous venons de voir, l'on conçoit que le diagnostic de l'appendicite herniaire soit assez difficile à poser, car il n'y a pas réellement de signes positifs de cette affection qui peut du reste revêtir des aspects très variés. Nous ne croyons pas cependant que ce diagnostic soit impossible, comme l'ont prétendu certains auteurs. La preuve en est dans les observations que nous publions plus haut.

Ce qui importe surtout, c'est d'examiner avec un soin tout particulier le malade et de rechercher dans son passé pathologique des signes intéressants, tels que crises douloureuses brusques, avec rougeur, tension, gonflement, suivies de guérison à peu près complète dans l'intervalle ou lorsqu'une hernie pseudo étranglée ou une épiploïte d'allures bizarres évolueront chez un malade ayant subi antérieurement des crises d'appendicite abdominales.

Il convient aussi de penser à l'appendicite herniaire si la douleur a un début plus brusque, avec des paroxysmes inconnus dans l'épiplocèle enflammée, si la tumeur est plus dure, « pierreuse ».

Ou si la douleur, au lieu d'être localisée au collet s'étend à tout la tumeur, sans préjudice néanmoins de prédominance au collet, si la température est normale ou à peu près, si les gaz persistent, l'état général ne s'aggrave pas.

« L'appendicite herniaire constituera le plus souvent un diagnostic d'exclusion ; chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une épiploïte, d'un enterocèle étranglé, d'un phlegmon herniaire d'allure anormale, bizarre, il faudra songer à l'appendicite herniaire et rechercher les caractères spéciaux qu'elle peut présenter. De cette façon, le diagnostic pourra être posé ou plutôt soupçonné.

On ne devra en tout cas jamais temporiser, faut de diagnostic ferme. En présence d'accidents herniaires l'opportunité de l'intervention ne se pose pas. C'est immédiatement, d'urgence, que l'opération doit être pratiquée. »

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De même que les hernies inguinales, l'appendicite herniaire inguinale est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Chez l'homme, nous avons trouvé des hernies acquises, par insuffisance de la paroi, et des hernies inguinales, à trajet préformé.

Dans le premier cas, il s'agissait le plus souvent de hernie oblique externe, par l'orifice profond du canal inguinal, le sac étant dans la fibreuse du cordon, mais distinct du cordon et de la vaginale.

Il contenait soit intestin grêle, soit épiploon, rarement de la vessie, l'appendice n'y était pas constamment, étant parfois, dans le cas de hernie par glissement, accompagné par le cœcum.

Dans les vieilles hernies, le trajet herniaire s'était redressé, les deux orifices profond et superficiel tendant à se mettre en regard l'un de l'autre.

Naturellement nous avons trouvé tous les degrés : depuis la pointe de hernie, jusqu'à la hernie scrotale.

Dans quelques rares cas, nous nous sommes trouvés en présence d'une hernie directe, le sac étant en dedans et en arrière du cordon, dans la fossette moyenne, ce

qui entraîne plus facilement des récides, à cause de la musculature déficiente.

Nous n'avons jamais eu affaire à une hernie oblique interne.

Lorsqu'il s'agissait de hernies congénitales, nous avons vu soit des hernies isolées : interstitielles, funiculaires, ou testiculaires, le canal péritonéo-vaginal étant complètement perméable. Le sac était au milieu des éléments du cordon éparpillés autour de lui et lui adhérait fortement. Le contenu était le même que précédemment.

Soit des hernies associées à une autre poche, dans le tissu cellulaire, sous-cutané : hernie inguino-superficielle ; dans l'interstice des muscles : hernie inguino-interstitielle ; entre plan musculaire et péritoine : hernie inguino-péritonéale ; ou associées à une ectopie testiculaire, à une hydrocèle ou à un hyste du cordon.

Avec la femme, il ne s'agissait que de hernies congénitales.

Quant à l'appendice, ses caractères étaient différents selon les cas :

Tantôt il s'agissait d'une *appendicite aiguë légère* : l'appendice était augmenté de volume, turgescant, la séreuse étant fortement vascularisée, dépolie, couverte d'exsudats adhérents aux anses voisines elles-mêmes vascularisées. A la coupe, on constatait un épaississement de toutes les tuniques, l'infiltration prédominant sur la muqueuse.

Plus rarement nous avons trouvé une appendicite suppurée ulcéreuse, les couches profondes de la muqueuse ayant été détruites par l'abcès.

Dans les appendices frappées de plusieurs crises, nous voyons à côté des lésions aiguës, des lésions anciennes, fougosités ou cicatrices de la muqueuse, brides, rétrécissements valvulaires, cylindriques, segmentaires. Nous y avons rarement trouvé des corps étrangers.

La réaction péritonéale est soit suppurée, soit plastique, fibreuse ou adhésive.

Dans les cas les plus fréquents, il s'agissait d'*appendicite chronique*. Parfois l'appendice présentait macroscopiquement peu de lésions, étant simplement épaissi, vascularisé, flanqué d'un gros ganglion ou adhérent.

Parfois nous y avons trouvé une cicatrice de perforation ou des rétrécissements, ou un véritable étranglement, son extrémité pouvant être même distendue, piriforme, kystique.

Lorsqu'il était adhérent à l'épiploon, celui-ci était épaissi, blanchâtre.

La muqueuse était dans les cas légers épaissie, brunnâtre, dans d'autres cas, elle était ulcérée, cicatrisée ou non, présentant des brides ou des pseudo-valvules.

Les lésions histologiques consistent principalement en folliculite chronique, soit appendicite hypertrophique, soit appendicite hyperplasique, soit appendicite atrophique.

CHAPITRE VIII

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le Professeur Gosset, dans son article de 1910, expose ainsi le manuel opératoire :

« Les premiers temps de l'opération sont ceux de toute cure de hernie inguinale avec une légère modification quant à l'incision cutanée.

L'incision cutanée doit finir un peu moins bas que dans la cure ordinaire de la hernie. D'une manière générale, on peut du reste avancer que, dans l'opération de la hernie inguinale, il y a intérêt à ne pas faire descendre l'incision cutanée jusqu'au bord supérieur du pubis. En descendant jusqu'à l'épine pubienne, on risque de couper des rameaux artériels sous-cutanés, dépendant des honteuses qui pourraient être cause d'hématomes post-opératoires ; et surtout ce n'est pas dans la partie inférieure de la plaie que se passent dans la cure de la hernie, les temps opératoires importants. Ce que l'incision cutanée doit surtout permettre de découvrir, c'est le canal inguinal lui-même, c'est le tendon conjoint, c'est l'orifice profond du canal, et non pas l'épine du pubis, encore moins le scrotum. A fortiori, dans l'opération combinée, c'est par en haut qu'il faut avoir du jour,

donc il faut faire une incision cutanée n'atteignant pas le pubis et regagnant vers le haut ce qu'elle a perdu de ce côté. En mettant dans l'angle inférieure de la plaie un écarteur de Farabeuf et en faisant récliner fortement, on sera du reste toujours à même de découvrir largement l'orifice inguinal cutané et les piliers du grand oblique.

On fera donc une incision cutanée *haute, exclusivement iliaque*, descendant jusqu'à deux centimètres *au-dessus* de l'épine du pubis et longue de six à huit centimètres. Au cours de la section de la couche sous-cutanée on n'aura à mettre de pinces que sur les tégumentaires abdominales.

On pratiquera ensuite la *section du grand oblique*, par dissociation des fibres tendineuses et on aura soin de faire cette section *très en dedans, le long du pilier interne*. Cette manière de procéder offre l'avantage après exécution de la suture du bord postérieur de l'arcade crurale avec le tendon conjoint, de conserver assez de lèvre externe du grand oblique pour permettre un solide plan de suture antérieur, en avant du petit oblique et du transverse.

Les autres temps de la cure radicale se succéderont comme à l'habitude : isolement du cordon, incision de la fibreuse commune, recherche et ouverture du sac, traitement de son contenu, s'il y en a un; dissociation du sac.

C'est à ce moment de l'opération que l'on peut — je dirai que *l'on doit* — chercher à pratiquer l'ablation de l'appendice.

Deux cas peuvent se présenter :

Premier cas : Le cœcum peut être attiré à travers l'ou-

verture péritonéale du sac ; à sa suite émerge l'appendice, dont on pratique l'ablation ; ;

Deuxième cas : Il est impossible d'apercevoir le cœcum par le sac, encore moins de l'attirer avec l'appendice ; il faut alors faire une dissociation haute, à la Mac Burney, pour que l'appendicectomie soit possible.

A) *Appendicectomie à travers le sac.* — Le sac a été isolé très haut et largement incisé. Un écarteur d'Hartmann, introduit à travers l'ouverture abdominale du sac, relève fortement le tendon conjoint. Dans les sacs à collet étroit, ou chez l'enfant, il suffit d'avoir un modèle d'écarteur plus petit que le modèle courant et l'introduction de l'écarteur se fait sans trop de difficulté, parfois en « forçant » un peu. La vraie difficulté n'est pas là, elle est dans la *découverte* et la *descente* du cœcum.

Pour se débarrasser des anses grêles, on met le malade en légère position déclive, on fait soulever fortement la paroi, on regarde et bien souvent on aperçoit de suite le cœcum, facilement reconnaissable. Avec un clamp très peu blessant, on saisit le cœcum, et on cherche à l'abaisser. Il est des cas, chez la femme en particulier, où le cœcum, très long et très mobile, se laisse amener en partie au dehors. Si ce cœcum, facilement abaissable, porte un appendice non adhérent et non retro-cœcal, alors il devient possible de faire l'ablation de l'appendice. Mais l'appendicectomie à travers le sac n'est autorisée que si les conditions permettent de bien voir ce que l'on fait, de placer sur le meso une solide ligature et de pratiquer la section de l'appendice et l'enfouisse-

ment du moignon sans aucun risque de contamination de la plaie.

Dans tous les cas où ces conditions ne peuvent être réalisées, il faut ne pas s'entêter et il faut renoncer à l'appendicectomie à travers le sac. Il faut alors employer la seconde manière.

B) *Appendicectomie par dissociation.* — On abandonne momentanément la cure de la hernie avant toute résection du sac.

On décolle largement les deux lèvres du grand oblique des muscles sous-jacents, et, si l'incision cutanée est trop courte, on la prolonge par en haut de 2 à 3 centimètres. Alors le plus haut possible, on procède à la section *transversale* du petit oblique et du transverse, ou mieux à leur dissociation. Il n'y a aucun organe à léser : les nerfs abdomino-génitaux sont trop en bas et en dehors, l'artère épigastrique trop en bas et en dedans pour qu'on puisse les atteindre. Inciser le petit oblique à la jonction des fibres musculaires et des fibres tendineuses : A ce point, la couche formée par les deux muscles petit oblique et transverse est mince, et surtout le péritoine pariétal est adhérent. Si vous incisiez en dehors, vous verriez devant le bistouri fuir un péritoine mobile, déjà réfléchi plus tôt que les muscles et doublé d'une couche graisseuse. En dedans, au contraire, couche musculo-tendineuse mince, péritoine adhérent, tout est bien disposé pour qu'un simple coup de bistouri permette de tomber de suite dans la cavité péritonéale. Mettez alors un écarteur, et vous vous trouvez dans les mêmes conditions que dans l'appendicectomie par le procédé Mac Burney, avec une incision un peu bas située.

Une fois l'appendice enlevé, il ne reste plus qu'à refermer l'incision de la paroi, à reséquer le sac et à reconstituer la paroi inguinale.

La fermeture de la paroi, au niveau de la dissociation à la Mac Burney, se fera avec quelques points séparés prenant le petit oblique, le transverse et le péritoine. Pour toutes les sutures pariétales, surtout dans le cas où elles auront à supporter une certaine traction, je suis resté fidèle aux fils de soie.

Dès qu'a été obturée la brèche à travers laquelle l'appendice a pu être enlevé, le chirurgien se trouvera ramené au cas banal d'une hernie inguinale, avec un sac à reséquer et une paroi à reconstituer. Fait important à noter : dans la réfection de la paroi profonde du canal inguinal selon le procédé de Bassini, on sait qu'un temps très important consiste dans la libération et l'abaissement du tendon conjoint. Cet abaissement, il faut le reconnaître, est moins aisé et moins durable après la dissociation à la Mac Burney et c'est là un reproche que l'on est autorisé à adresser à la méthode. Aussi au lieu de faire un « Bassini », je crois qu'il est préférable de reconstituer deux plans, non pas l'un en arrière et l'autre en avant du cordon, mais de les mettre ou tous deux en avant, ou tous deux en arrière du cordon. Le plus souvent, je mets le cordon en arrière des deux plans de suture ».

Outre ces deux techniques préconisées par le Professeur Gosset, nous en utilisons assez souvent une troisième : nous faisons une *herniolaparotomie* véritable, c'est-à-dire que, une fois le sac herniaire apparu après section du grand oblique et son dégagement paraissant difficile, un trait de ciseaux a agrandi l'incision en haut

(péritoine et tendon conjoint), et on peut le faire remonter aussi haut qu'on veut. Ceci est surtout nécessité dans les cas de hernie par glissement avec un appendice retro-cœcal ou un appendice ascendant dont la base vient apparaître dans la région herniaire. On n'a pas de la sorte les difficultés que signale le Professeur Marion.

La reconstitution soigneuse des plans ayant été faite, nous n'avons jamais observé d'éventration.

Enfin nous ne ferons que signaler les cas exceptionnels où il a été jugé préférable de faire une deuxième incision pour l'appendicectomie.

Au point de vue anesthésique, nous avons utilisé surtout l'éther, parfois le chloroforme (en particulier chez l'enfant), assez souvent la rachianesthésie pour laquelle la solution de Goris préconisée par le Docteur Richard (novocaïne, 0 gr. 15; adrénaline, 0 gr. 00015; sérum physiologique, 3 cc.; traces de bisulfite et d'acide benzoïque), nous paraît la plus recommandable.

CHAPITRE IX

SUITES OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

Normalement, l'opéré reste à la diète pendant trois jours, on lui donne un lavement le 4^e jour, une purge le 5^e, on lui retire les fils entre le 8^e et le 10^e jour, il reste encore au repos une quinzaine de jours et reprend son travail au bout d'un mois. C'est là le délai admis implicitement par la Compagnie du Nord. Bien rares sont ceux qui n'ont pu reprendre le travail après ce délai. Nous n'en voyons du reste aucun cas notable à signaler.

Bien plus intéressants que ces résultats immédiats sont, à notre avis, les résultats définitifs.

Sur la soixantaine de cas que nous présentons, nous ne trouvons du côté de la paroi que deux récides de la hernie : Il s'agit des malades des observations 21 et 35. Or dans le premier cas il y avait des parois très faibles sur un ventre de batracien. Et dans le deuxième cas, il s'agissait également de parois très déficientes sur un sujet adipeux.

En dehors de ces deux malades, deux autres seulement présentent une légère faiblesse de la paroi. Encore ne s'en plaignent-ils pas et continuent-ils leur travail sans même porter bandage.

Au point de vue digestif, quatre malades se plaignent de vagues troubles revenus. Mais nous avons pu trouver à deux d'entre eux des causes étrangères à l'appendicite herniaire ; l'un est éthylique, l'autre, une enfant, est suralimentée. Un examen approfondi des deux autres nous permettrait sans doute d'attribuer leurs troubles à leur véritable origine. La constipation, très intermittente, est signalée par trois malades, mais sans qu'elle présente de gravité en aucune façon.

Enfin, un opéré se plaint de quelques coliques très espacées. Un autre souffrirait légèrement par moments. Nous ne croyons pas utile de dire que l'affection qui a nécessité l'opération, ou l'opération elle-même, ne sont peut-être pas responsables de ces quelques faits isolés, du reste sans gravité.

CONCLUSIONS

La coexistence de la hernie inguinale droite et de l'appendicite est fréquente.

L'étranglement herniaire de l'appendice et l'appendicite herniaire aiguë, suppurée ou non, ont été étudiés depuis très longtemps dans des thèses ou articles.

L'appendicite peut se manifester par des signes qui attirent l'attention avant l'opération.

D'autres fois, la symptomatologie a passé inaperçue, l'appendicite est une découverte opératoire.

D'autres fois encore, l'appendicite est méconnue même à l'opération et nécessite une deuxième intervention.

Ainsi que l'a écrit le Professeur Gosset le 15 juillet 1910, l'ablation de l'appendice peut être considérée comme le complément de la cure radicale de la hernie inguinale droite.

Cette opération double ne présente aucune gravité : nous n'avons aucune mort sur les soixante cas présentés (et qui sont la totalité des opérations contrôlées par nous).

L'ablation de l'appendice ne prolonge aucunement la durée de l'hospitalisation.

Elle ne complique pas le manuel opératoire dont les règles ont été fixées depuis longtemps.

Vu :

Le Président de Thèse,

A. GOSSET.

Vu :

Le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1785. HENIN. — Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicale.

1812. SCARPA. — Traité des hernies.

MARION. — Technique opératoire.

LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie :
« Hernies », par Taboulay et Patel.

Thèses de :

JACQUEMIN. — De l'appendicite herniaire, inguinale et crurale (Paris, 1904-05).

MERLIO. — Appendicite herniaire (Montpellier, 1909).

ESNOULT. — Hernie de l'appendice iléocœcal (Paris, 1913-1914).

DAUTHEUIL. — Appendicite chronique et hernie inguinale chez l'enfant (Paris, 1913-14).

Articles du Journal de Chirurgie :

T. 1. Appendicite aiguë dans un sac herniaire chez un enfant de 28 jours. Opération, guérison. (Société de Chirurgie de Paris, Séance du 20-5-08, in « Bulletin et mémoires de la Société, 1908).

T. 2. SCHNITZLER. — Etranglement de l'appendice dans la hernie (Beitrag zur klinischen Chirurgie, 1909, t. LXII, fasc. I).

DAHL. — Un cas d'appendicite herniaire chez le nouveau-né (Hygica, III, 1909).

- T. 4. BONVOISIN et DE CUMONT. — Hernie inguinale congénitale double avec volumineuse hernie étranglée à droite contenant l'appendice. Corps étrangers multiples dans ce dernier (13 perles et un clou) (Bulletin de la Société anatomique de Paris, LXXXV^e année, 7^e série, t. XII, n^o 2).
- T. 5. GOSSET. — Appendicectomie et hernie inguinale droite (article original).
- T. 6. A.-N. MENTCHIKOFF. — Un cas de gangrène de l'appendice vermiculaire dans un sac herniaire (Chirurgia, t. XXVIII, n^o 168, XII-1910).
- T. 10. R.-H. FOWLER. — Hernie inguinale du cœcum et de l'appendice (American Journal of Surgery, t. XXXVII, n^o 1).
- T. 25. L. REICHENBACH. — Appendicite gangréneuse dans une hernie inguinale gauche (Munchener medizinische Wochenschrift, t. LXXI, n^o 44).
- T. 32. VOJIN LAZAREVIC. — Contribution à l'étude de l'inflammation de l'appendice dans un sac herniaire (Zentralblatt für Chirurgie, t. LV, n^o 16).
- TICOZZI. — Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire avec récidives (Gazetta degli Ospedali et della Cliniche, an XLIX, n^o 22).
- T. 31. G. NEU. — Corps étrangers dans un appendice hernié (Zentralblatt für Chirurgie, t. LIV, n^o 40).
- T. 33. A. GUZMAN et J.-M. DE LA PUENTE. — Hernie inguinale primitive de l'appendice (La Clinica castellane, t. XXXVII, n^o 3).
- T. 40. MARRI. — Contribution à l'étude de l'étiopathologie et de l'anatomie pathologique des appendicites herniaires (Pratica chirurgica e della Discipline affini, an III, n^o 4).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Formes aiguës</i>	19
CHAPITRE III. — <i>Les appendicites découvertes fortuitement au cours de l'opération de la hernie..</i>	26
CHAPITRE IV. — <i>Formes dont le diagnostic a été posé avant l'intervention</i>	34
CHAPITRE V. — <i>Formes méconnues nécessitant une deuxième opération</i>	42
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	45
CHAPITRE VII. — <i>Anatomie pathologique</i>	47
CHAPITRE VIII. — <i>Technique opératoire</i>	50
CHAPITRE IX. — <i>Suites opératoires. Résultats</i>	56
CONCLUSIONS	58
BIBLIOGRAPHIE	61
